

新見公立大学紀要 第35巻
pp. 53–56, 2014

研究ノート

看護学生の医療安全教育への課題 －基礎看護学実習Ⅱでのヒヤリ・ハット発生状況から－

柘野 浩子*

新見公立大学看護学部

(2014年11月19日受理)

本研究の目的は、基礎看護学実習Ⅱにおけるヒヤリ・ハットの発生状況から今後の医療安全教育の課題を明らかにすることである。学生が体験した8事例のヒヤリハットを分類すると、『療養上の世話』では「行為・清潔 (1)」「移乗・移送 (2)」「姿勢・体位 (1)」「食事・栄養 (2)」「排泄 (1)」,『診療の補助』では「測定 (1)」であった。また、ヒヤリ・ハットの要因は「注意不足 (5)」「スタッフとのコミュニケーション不足 (1)」「危険予測の困難 (1)」「知識・技術不足 (2)」「環境・設備の不備 (1)」であった。学生に、看護者としての倫理観に基づいた医療安全・事故防止の考え方の基礎を修得させ、学生の患者の安全に関する感覚があがる教育をすることが必要である。そのためには、医療安全・事故防止に関する教育は学内での学習には限界があるため、実習において学内で修得した知識と実際を結びつけ、看護実践の丁寧な振り返りができるような教員のかかわりが今後の課題である。そして、ヒヤリ・ハット体験をクラス全体で共有するシステム作りが必要である。

(キーワード) 医療安全教育, 課題, ヒヤリ・ハット, 基礎看護学実習Ⅱ

はじめに

医療事故に関する情報開示と共に社会の医療安全への関心と要望の高まりに伴い、看護基礎教育において安全で質の高い看護が提供できる人材の育成が求められており、各教育機関で医療安全・事故防止に関する教育の推進がはかられている。

本学では、『医療安全』(15時間, 1単位, 必須)は3年次前期での履修科目であるが、看護学概論, 基礎看護技術等の1年次から履修する科目においても、患者の安全を守る看護や事故予防についての内容を含んだ講義が行われている。また、基礎看護技術演習では実際の看護場面への対応を考慮した演習もなされている。実習については、1年次に基礎看護学実習Ⅰ(以後基礎実習Ⅰ), 2年次に基礎看護学実習Ⅱ(以後基礎実習Ⅱ)を設定しており、基礎実習Ⅱでは、病院に入院中の患者に対して初めて看護を実践する。しかし、実際に患者に対して看護を実践するということは、医療事故が発生するリスクが高いことを意味している。さらに複数の事象に対応しなければならない場面に遭遇する可能性もあり、学生の医療事故発生リスクは増強する。しかしX大学において、基礎実習Ⅱにおけるヒヤリ・ハット発生状況や発生要因については明らでない。

そこで、患者を受け持ち、初めて具体的に看護を実践したX大学基礎実習Ⅱでの看護学生のヒヤリ・ハット発生状況から、今後の医療安全教育への課題を明らかにしたい。

Ⅰ. 研究目的

看護学生の基礎看護学実習Ⅱにおけるヒヤリ・ハット発生状況から、今後の医療安全教育の課題を明らかにし、その教育についての示唆を得る。

Ⅱ. 用語の定義

「ヒヤリ・ハット」とは、日常診療の場で、誤った医療行為などが患者に実施される前に発見されたもの。あるいは誤った医療行為などが実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかったもの。インシデントと同様。(厚生労働省)¹⁾

「医療事故」とは、医療に関わる場所で医療の全過程において発生する人身事故一切を包含し、医療従事者が被害者である場合や廊下で転倒した場合なども含む。(厚生労働省)²⁾

*連絡先: 柘野浩子 新見公立大学看護学部 718-8585 新見市西方1263-2

Ⅲ. 研究方法

1. 対象

X大学看護学部看護学科3年生63名のうち調査協力が得られた学生9名。

2. 調査期間

平成26年7月18日

3. 調査方法

医療安全(15時間)の最終授業終了後に自己記入式質問紙を配布し記入後回収した。

4. 調査内容

2年次の基礎看護学実習Ⅱでのヒヤリ・ハットした場面について、発生場所、発生時の状況、その時感じたこと、その後どうしようと考えたか、ヒヤリ・ハット体験からの学び等。

5. 分析方法

学生のヒヤリ・ハットの記述内容からその発生要因について川村³⁾の「医療における危険要因とその分類」を参考に検討した。

6. 倫理的配慮

研究への参加は自由とし、途中での中断や拒否できる権利を保障した。調査に関しては個人情報保護をプライバシーを尊重することを説明した。成績とは無関係で無記名であり、研究にのみ使用すること、分析した結果を研究発表の場で公表することを口頭で説明し、回収をもって承諾が得られたものと判断した。

Ⅳ. 結果

調査対象者63名のうち回収は9名で9件であった。9件のうち、ヒヤリ・ハット発生の場面を特定できない1件を除き8件を対象とした。

1. 業務内容による分類

8件を業務内容で分類すると、表1のように7件が療養上の世話、1件が診療の補助によるものであった。その内容は、療養上の世話では「更衣・清潔」(1)、「移動・移乗」(1)、「姿勢・体位」(1)、「食事・栄養」(2)、「排泄」

表1 ヒヤリ・ハット体験の分類

	援助項目	件数	ヒヤリ・ハット事例
療養上の世話	更衣・清潔	1	A ・ベッド上での麻痺がある患者の背部清拭。自分の腕の内側でタオルの温度を確認したが、熱めの方がいいという勝手な思い込みから、患者に熱いと言われた。
	移動・移乗	2	B ・理学療法室内で待機点検中患者を理学療法士が車椅子を押し、その後ろから学生が点滴架台を押して移動していた。通路が狭く点滴ルートも長く、平行棒にルートが引っかかっていることに気づかず進み、患者が痛いと呼ばれていた。 C ・骨折している患者で、移乗は看護士の付き添いか見守りが必要とされていた。車椅子を用意して、「看護師さんをお願いするので待っていてください」と言って看護師を呼んで病室に戻ったら、一人で移乗をしていた。
	姿勢・体位	1	D ・ナースコールがベッドの間に挟まっていたことに気づかずベッドを降ろしてしまい、ナースコールが壊れた。
	食事・栄養	2	E ・昼食時点滴をしたままで、患者の向こう側に点滴台がある状況であった。点滴が終わっていることに気づかず逆血を起こした。 F ・胃薬からの食事の準備時、ボトルのクレンメを閉め忘れており、水50cc入れたところ床に水がこぼれた。
	排泄	1	G ・足背に点滴をしている患者と気づかずトイレ誘導した。
	測定	1	H ・血圧測定時ベッド欄を下げて行い、その後浮腫などの観察をしてナースデーションに戻った。その後、ナースからベッド欄が下がったままだったから気をつけてねと注意された。

- (1)、診療の補助では「測定」(1)であった。
2. ヒヤリ・ハット発生の危険要因の分類

8件を分類した結果、1つの事例に3つの危険要因が含まれているものが1件、1つの危険要因が含まれているものの7件であった。その内容は、「注意不足」5件、「スタッフとのコミュニケーション不足」1件、「危険性予測の困難」1件、「知識・技術不足」1件、「環境・設備の不備」1件であった。

表2 ヒヤリ・ハット発生要因

注意不足 (5件)	B	点滴架台を押すことに集中していてルートや周囲の状況に目を配れなかった
	H	観察終了後、安堵感からうっかり柵をするのを忘れた
	K	患者へばかり目がいき、点滴中であることを忘れていた
	D	ベッドを降ろすことだけに集中し、ベッド周囲の環境に目がいかなくなった
	G	トイレ誘導することに集中し、患者の状況を見ていなかった
スタッフとのコミュニケーション不足 (1件)	B	理学療法士とのコミュニケーションが不足していた
危険性予測の困難 (1件)	C	患者に待つように伝えたが、看護師を呼びに行っている間に患者が一人で車椅子に移乗していた
知識・技術不足 (2件)	F	クレンメを閉めるという手順の理解不足、手順の確認不足があった
環境・設備の不備 (1件)	A	清拭時のタオルの温度を自分では確認したが、患者に確認しなかった
	B	通路が狭かった

3. ヒヤリ・ハット発生時に感じたこと

ヒヤリ・ハットがわかった時どう感じたかについては、「看護師に言われて、重大なことをしてしまったと感じた」「痛い思いをさせ、逆血をもたらし怖かった」「どうしようかと頭が真っ白になった」「自分勝手な都合は患者には関係ない」「待っててと言っていたのに患者が勝手に動いた。でも転倒しなくてよかった」「注意していたことなのにしてしまってショック」「すぐに看護師に伝えないといけない」「ヤバい、どうしよう」等と感じており、一瞬パニックになる、自分自身を振り返る、患者を気遣うなどの感情が湧いていた。

4. 体験からの学び

学生たちは体験を振り返り、「観察を注意深くしようと強く思うきっかけになった」「演習と実際の患者は違う。患者に合わせて行うことが大切」「何度も確認する」「ダブルチェックを怠らない」「意味がある体験だった」「ベッド周囲の確認をしっかりとする」「先に看護師を呼んでから車椅子を準備する」と述べていた。

Ⅴ. 考察

1. ヒヤリ・ハット体験の分類

今回の調査でヒヤリ・ハット事例が8件と少なかったのは、1年前の実習に関する調査であったこと、X大学では基礎実習Ⅱにおいて学生がケアを実施する際には、教員か指導者が付き添うように配慮していることなどが関係していると考えられる。

ヒヤリ・ハット体験を業務内容で分類したところ、ヒヤリ・ハット8件のうち7件(89%)が療養上の世話での体験、1件(11%)が診療の補助での体験であった。これは、学生が日常生活援助時にヒヤリ・ハットを体験する

割合は87.9%であるという小林の報告³⁾と一致した。この理由は、大学2年次での基礎実習Ⅱであり、体験可能な技術が療養上の世話が主であることが主な理由であると考えられる。また近年は、医療事故の発生状況から、学生が実施可能な診療の補助は限定・縮小されており⁴⁾、今後も基礎実習Ⅱに限らず実習では療養上の世話を実施する頻度が高くなることが考えられるため、個々の患者に適した安全な日常生活援助技術を提供できるための授業や演習のさらなる工夫が必要である。

2. ヒヤリ・ハット発生の要因

本調査では、患者背景に関する情報が不足しているため、ヒヤリ・ハット発生における学生側の要因について考察する。

ヒヤリ・ハット発生の要因は、1事例に3つの要因を含んでいたものがあり、8件の事例に対して10の要因があった。多かった要因は「注意不足」で5件、次いで「知識・技術不足」2件で、「スタッフとのコミュニケーション不足」「危険性の予測困難」「環境・設備の不備」が各1件であった。この結果は、布施⁵⁾が臨地実習における看護学生のヒヤリ・ハット発生の原因としてあげた6つの要因「注意不足」、「知識・技術不足」、「危険性の予測が困難」、「環境・設備の不備」、「患者の理解不足」、「情報伝達不足」と一部合致した。

「注意不足」の5件は、そのうちの4件が自分が実施しようとした、あるいは実施している行為に注意関心が集中し、その時の患者の状態や周囲の状況が見えていないというものであった。注意不足になる原因として、自分が行う援助を成し遂げようと一生懸命になればなるほどその行為に集中し、患者や周囲の状況が意識下に上らない状況になると考えられる。これを補うためには、あらかじめ危険性の予測を立てておき広い視野をもつことが重要である⁶⁾。しかし本調査では、学生にとって基礎実習Ⅱは初めて患者に看護を実践する実習であり、臨床に立つことだけでも緊張する状況であった。それに加えて、看護実践の経験がないことも緊張を高める要素となり、注意不足の原因になったと考える。学生の緊張を軽減するには教員が見守っていることを伝え、いつでも必要な時に援助を提供できるように準備をしておきたい。土屋らは⁷⁾自信のなさも学生が事故を起こしやすい要因であると述べていることから、自信を持って看護を提供できるように技術習得をさせることは重要である。その上で、臨床で学生が経験を積み重ねられるようにしていく必要があると考える。また、常に患者の安全に配慮できるよう、学生が起こしやすいヒヤリ・ハットを想定し、学生が患者にとってのリスクを考えることができる演習の工夫やグループワークも必要であると考えられる。そして1件は、患者の観察終了後、下ろしていたベッドの柵をし忘れて退室したというものであった。学生は患者のバイタルサ

インと患者の疾患や治療に関連した観察を行っていた。学生は血圧等を測定する技術も未熟で、さらに他の身体症状等に関する観察をするということは高い緊張の連続である。自分の行うべき援助を終えられたという安堵感から緊張が緩み、ベッド柵を元に戻さねばならないことをついすっかり忘れていたものと考えられる。援助を終え病室から退室する時は、今一度確認をするということを徹底したい。

「スタッフとのコミュニケーション不足」は、持続点滴中の患者の車いすを理学療法士が押し、点滴架台を学生が押しながらの移動中、理学療法室が狭くてルートが平行棒にひっかかってしまった事例であった。学生は、点滴架台を倒さないように、患者に遅れないように必死で点滴架台を押しているという過緊張状態にあったと考えられる。またこの状況において、学生には平行棒にルートがひっかかるということは想像もし得なかったことだと思われる。このような場合は、同行している医療従事者が患者の安全に配慮し、学生に起こり得る危険に対処できるよう声をかけるなどコミュニケーションを図ることが必要であると考えられる。教員は看護師だけでなく多職種とコミュニケーションをとり、学生への関心を促し、安全に実習展開できるよう実習環境を整えることが重要である。

「危険性予測の困難」は、骨折している患者の車いす移乗時、車いすを準備して看護師を呼びに行っている間に患者が一人で車いすに移乗していたという場面であった。見守り下での移乗が可能であったことから、運動機能的には一人での移乗が可能な状態であったと推測される。この学生はヒヤリ・ハットを体験後、看護師を呼んでから車いすを準備するという改善策に気づけていた。この場面では、学生は自分にできるところまでの準備をして看護師を呼ぶという計画に基づいた行動であったと考えられる。しかしこのような場合、車いすがセッティングされていれば、一人で移乗してしまうことがあるという人間の心理を考えた危険の予測が必要であることを教授する必要がある。また、日ごろの患者の様子を把握し、行動の予測をした患者への声かけも必要であったと考えられる。

「知識・技術不足」は、2件あった。1つの援助技術はその準備から片付けまでを含んでいる。その過程と手順を、根拠をもって理解していくことが必要になる。胃瘻からの栄養を準備する時にクレンメを閉め忘れていた事例は、それら手順の理解不足と、まだ経験が少ないことも影響していたと考えられる。実施前に学生に手順を述べてもらい再確認することは有効な支援であると考えられる。清拭時のタオルの温度を患者に確認をしないで肌に当てたところ熱いと言われたという事例では、学生は、自分の前腕内側でタオルの温度を確認したが、このときの温度の

判断が間違っていたことが原因だった。湯やタオルの温度は一般的な適温が示されているが、患者の好みもあるため、ケアを実施する場合には患者個々の好みを知っておくことも必要である。そして、技術の手順を儀礼的に実施しても適切な援助にはならないことを指導することが必要で、1つひとつの行為の意味を理解して実施することが患者の安全を確保することにつながることを教授することが大切であると考え。また、「知識・技術不足」を補うためには、学生自身が自分の不足部分を明確にし、それを補うための学習や技術練習を重ねることが必要である⁸⁾。実習での援助を丁寧に振り返ることが重要であると考え。

「環境・設備の不備」は、理学療法室の通路が狭く、持続点滴中の患者の車いす移送時にルートがひっかかったという事例である。これは、学生には解決のできない設備的な問題である。しかし、だからこそ、その場面にかかわる医療従事者が患者の安全を考慮した上で事故を予防できるように、適切な学生へのかかわりを求めたい。また学生も、自分と患者のいく先がどのような環境なのか、状況なのかということの情報を自らが収集しながら判断して動くという、複数の課題を持っていることを認識できるように、学内で教育をしていくことが求められていると考える。

3. 体験からの学び

学生は、ヒヤリ・ハット体験を振り返り、「観察を注意深くしようと強く思うきっかけになった」「演習と実際の患者は違う。患者に合わせて行うことが大切」と、今後の患者とのかかわりにおける自己の看護の方向性を見出すことができていた。また、「何度も確認する」「ダブルチェックを怠らない」「先に看護師を呼んでから車椅子を準備する」「ベッド周囲の確認をしっかりとる」と述べていたことから、その患者に必要な具体的な看護の方法や留意点を見出すことができたと考える。これらのことから、学生がヒヤリ・ハット体験を振り返ることは、その時の自己の看護行為の振り返りととどまらず、その場の環境や患者の状況、さらには看護師や他の医療従事者との関係性などをも見つけ直す機会となっていたと考えられる。

4. 医療安全・事故防止に関する教育の課題

看護学生の約7割が実習中にヒヤリ・ハットを体験していると報告されているが⁹⁾、今回の調査ではアンケートへの回答は9名のみであったことから、体験はしていてもその場面がヒヤリ・ハット場面として認識できていなかった学生がいた可能性もある。1～2年次は基礎看護技術や倫理を含め看護の基礎となる教育が多く行われる。そのなかで、学生が特別なこととして医療安全・事故防止を考えるのではなく、当たり前のこととして看護者としての倫理観に基づく医療安全・事故防止の考え方の基礎を修得できるような工夫がなされることが重要である。そ

して、さらに専門的な学習を積み重ねていく過程で、学生の医療安全に関する感度を上げていくことができる教育方法の工夫が課題であると考え。医療安全・事故防止に関する教育は、演習を含め学内での学習には限界があると思われる。実習において学内で修得した知識と実際を結びつけること、丁寧に看護実践の振り返りが行えるようにかかわることが今後の課題である。そして、ヒヤリ・ハット体験を実習メンバーだけでなく、クラス全体で共有できるシステム作りも必要であると考え。

謝辞

本研究にご協力いただいたX大学看護学部3年生の皆さまに深く感謝いたします。

文献

- 1) リスクマネジメントマニュアル作成指針：厚生労働省，2000.
- 2) リスクマネジメントマニュアル作成指針：厚生労働省，2000.
- 3) 川村治子：書きたくなるヒヤリ・ハット報告 体験から学ぶ看護事故防止のツボ，医学書院，2000.
- 4) 小林邦子：看護学生が陥りやすい看護のヒヤリ・ハット，プチナース，(12),12-13,2000.
- 5) 雨宮有子，榎本麻里：学生の「看護事故予防に役立つニアミスについての考察」を指導して考えたこと，看護教育，42(12)，1072-1073.
- 6) 布施淳子：臨地実習における看護学生のヒヤリ・ハット発生過程から分析した実態と発生要因，日本看護管理学会誌，8(2),2005.
- 7) 前掲5)
- 8) 土屋八千代，山田静子，鈴木俊夫：看護事故予防学，中山書店，2005.
- 9) 前掲5)
- 10) 前掲5)